RICHIESTA DI RIMBORSO CHILOMETRICO

Comitato Provinciale UNPLI ……/Consorzio Pro Loco ……

RICHIESTA DI RIMBORSO N. ……/2025 Data ……

Cognome e Nome **Codice Fiscale:**

Qualifica

Data	Luogo di partenza	Luogo di arrivo	Descrizione con AP	Km A/R

Spesa sostenuta con i fondi di cui alla L. r. 34/2014
ai sensi del Bando di cui alla DGR n. 555 del 21/5/2025 - CUP H18D16000030002

Totale Km percorsi	
costo benzina per Km	
Totale Rimborso	

Timbro e firma del richiedente il rimborso